

Sở An Sinh Xã Hội

Thông Tin Quan Trọng



**TRANG ĐẦU THƯ NÀY CHỈ LÀ THÔNG TIN MÀ THÔI.
XIN ĐỪNG ĐIỀN CÁC TRANG KẾ TIẾP.
ĐÂY KHÔNG PHẢI LÀ MẪU ĐƠN XIN TRỢ CẤP.**

Theo hồ sơ của chúng tôi thì quý vị có thể hội đủ điều kiện được phụ cấp thêm để trả tiền mua thuốc theo toa.

Một chương trình mới về Thuốc Theo Toa của Medicare (Medicare Prescription Drug) sẽ có hiệu lực một ngày gần đây. Chương trình này sẽ giúp quý vị lựa chọn các chương trình thuốc theo toa dành cho nhiều loại bảo hiểm mua thuốc khác nhau.

Quý vị có thể được giúp đỡ thêm để trả tiền được khấu trừ hàng năm, tiền đóng bảo hiểm và tiền phải trả tự túc liên quan đến chương trình Mua Thuốc Theo Toa của Medicare - trung bình phụ thêm là \$2,100.

Nhưng trước khi chúng tôi có thể giúp quý vị thì **quý vị phải điền một mẫu đơn, bỏ vào phong bì có kèm theo, và gởi đi ngay hôm nay**. Quý vị cũng có thể điền đơn trên mạng lưới tại www.socialsecurity.gov bắt đầu từ ngày 1 tháng Bảy, 2005. Chúng tôi sẽ duyệt xét đơn của quý vị và gởi quý vị một lá thư thông báo cho biết quý vị có đủ điều kiện được giúp đỡ thêm hay không. Chúng tôi cũng sẽ gởi đến quý vị thông tin về chương trình Mua Thuốc Theo Toa của Medicare và sẽ cho quý vị biết phải làm gì sau đó.

Nếu quý vị cần giúp đỡ làm đơn, gọi Sở An Sinh Xã Hội số **1-800-772-1213** (TTY 1-800-325-0778). Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin tại www.socialsecurity.gov.

Nếu cần chi tiết về chương trình Mua Thuốc Theo Toa của Medicare, gọi số **1-800-MEDICARE** (TTY 1-877-486-2048) hoặc viếng www.medicare.gov.

Gởi đơn hôm nay sẽ giúp chúng tôi quyết định nhanh chóng hơn xem quý vị có đủ điều kiện để được giúp đỡ thêm hay không.

Jo Anne B. Barnhart
Commissioner

Chỉ Dẫn Tổng Quát Cách Điền Đơn Xin Phụ Giúp Chi Phí Cho Chương Trình Mua Thuốc Theo Toa của Medicare



Phụ Cấp Thêm để Trả Chi Phí Mua Thuốc

LƯU Ý ĐẶC BIỆT CHO NGƯỜI ĐỨNG ĐƠN NÓI TIẾNG VIỆT:

Vì chúng tôi muốn cứu xét đơn xin phụ cấp thật nhanh chóng và thật hữu hiệu, chúng tôi sử dụng các mẫu đơn mà có thể được bối bởi các máy vi tính. Tiếc thay, các máy điện toán của chúng tôi không thể đọc tiếng Việt, vì vậy, quý vị cần điền vào bằng tiếng Anh hay tiếng Tây Ban Nha trên mẫu đơn.

Mẫu đơn này đã được dịch ra tiếng Việt để hướng dẫn quý vị. Tuy nhiên, quý vị cần trả lời cho mỗi câu hỏi trên mẫu đơn bằng tiếng Anh hoặc tiếng Tây Ban Nha. Xin nhớ ký tên trên mẫu đơn sau khi hoàn tất.

TỜ CHỈ DẪN NÀY KHÔNG PHẢI LÀ MẪU ĐƠN XIN PHỤ CẤP

Quý vị (hay người được quý vị giúp điền đơn) có Medicare và Tiền Phụ Cấp Lợi Tức (SSI) hoặc Medicare và Medicaid hay được tiểu bang của quý vị giúp đóng tiền bảo hiểm Medicare hay không?

Nếu trả lời **CÓ**, quý vị không cần điền đơn này vì tự động quý vị sẽ được giúp đỡ thêm. Quý vị sẽ nhận một lá thư khác cho biết cách thức được phụ cấp thêm. Nếu trả lời là **KHÔNG** hoặc **KHÔNG CHẮC**, xin quý vị điền đơn này. Xin đọc các chỉ dẫn sau đây cùng các hướng dẫn trước khi điền đơn. Xin trả lời tất cả câu hỏi trừ khi có ghi chú nào khác hơn.

Cách điền đơn này

- Dùng **MỰC ĐEN** hoặc **viết chì số 2**;
- Giữ các con số, chữ và dấu X trong các ô vuông;
- Không được sử dụng các dấu tiền mỹ kim khi ghi các số tiền. Dấu đồng mỹ kim đã được in sẵn; và
- Dấu đồng xu có thể tính chẵn thành đồng mỹ kim.

★ THÍ DỤ

Ghi chữ X vào trong ô vuông. Không được tô đen hay đánh dấu trong các ô vuông.



ĐÚNG

SAI

Nếu quý vị giúp người khác điền đơn này

Xin trả lời các câu hỏi như chính người đó đang điền đơn. Quý vị phải biết số An Sinh Xã Hội và dữ kiện về tài chánh của người đó. Ngoài ra, xin điền luôn Đoạn B trên trang 6.

Điền đơn của quý vị

Quý vị có thể điền đơn trên mạng lưới tại www.socialsecurity.gov hoặc dùng phong bì có dán sẵn tem và địa chỉ đính kèm để gửi đơn đã hoàn tất và có ký tên về:

Social Security Administration
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1020
Wilkes-Barre, PA 18767-9910

Xin gửi trọn toàn bộ hồ sơ trong phong bì đính kèm. Xin đừng kèm theo tài liệu nào thêm. Nếu chúng tôi cần thêm thông tin, như các bản báo cáo của các ngân hàng, chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần giúp đỡ điền đơn này

Quý vị có thể gọi số điện thoại miễn phí **1-800-772-1213**, hoặc nếu bị điếc hay bị lãng tai, quý vị có thể gọi số điện thoại TTY, **1-800-325-0778**.



XIN ĐỪNG ĐIỀN. ĐÂY KHÔNG PHẢI LÀ ĐƠN XIN PHỤ CẤP.

Đơn Xin Phụ Giúp Chi Phí Cho Chương Trình Mua Thuốc Theo Toa của Medicare.

**VIỆC ĐIỀN ĐƠN NÀY KHÔNG PHẢI LÀ QUÝ VỊ ĐƯỢC GHI DANH VÀO
CHƯƠNG TRÌNH MUA THUỐC THEO TOA CỦA MEDICARE.**

1. Tên người đứng đơn (Viết mỗi chữ bằng chữ in trong mỗi ô riêng)

TÊN _____ CHỮ LÓT _____

HO

Số An Sinh Xã Hội của người đứng đơn

The diagram consists of three separate groups of three blue squares arranged horizontally. Each group is connected to the next by a red minus sign (-). The first group has one square missing from its right side. The second group has one square missing from its left side. The third group has one square missing from its left side.

Nếu quý vị đã cẩn thận, ly dị, góa hoặc người phải ngẫu không sống chung với quý vị, bỏ qua

3. Nếu quý vị có kết hôn và sống chung với nhau, xin gạch chữ X trong một trong những ô vuông sau đây để biết người nào là người đứng đơn:

- Chỉ một mình quý vị đứng đơn.
- Cả quý vị và người phối ngẫu có Medicare cùng đứng đơn và điền mẫu đơn này.

Dù người phổi ngẫu của quý vị không điền đơn, chúng tôi cần các câu trả lời cho tất cả các câu hỏi và chữ ký của cả hai người nếu quý vị sống chung với nhau.

Tên Người Phối Ngẫu (nếu quý vị có kết hôn và sống chung với nhau)

TÊN																CHỮ LÓT				

HỌ CHỦ GHÉP (Jr., Sr., v.v...)

Số An Sinh Xã Hội của người phổi ngãu

The diagram illustrates a subtraction operation involving colored rectangles. It starts with a group of three blue rectangles, followed by a red minus sign. This is followed by another red minus sign and a sequence of four rectangles: two orange, one yellow, and one green.

3 Nếu quý vị độc thân, góa hoặc người phối ngẫu không sống chung với quý vị, tiền tiết kiệm, đầu tư và bất động sản (ngoài căn nhà của quý vị) có trị giá hơn \$11,500 hay không? Nếu quý vị có kết hôn và sống chung với nhau, tài sản trên có trị giá hơn \$23,000 hay không? (Giới hạn này sẽ cao hơn sau năm 2006). Kể cả vật dụng quý vị có quyền sở hữu riêng, hay chung với người phối ngẫu hoặc với một người khác. **Không kể căn nhà của quý vị, các xe hơi, huyệt chôn cất hoặc các vật dụng cá nhân.**

CÓ KHÔNG KHÔNG CHẮC

Nếu quý vị đánh dấu vào ô **CÓ**, quý vị không hội đủ điều kiện để được giúp phụ cấp thêm và không cần phải điền phần còn lại của mẫu đơn này. Quý vị vẫn hội đủ điều kiện qua cơ quan tiểu bang lo về Medicaid. Tuy nhiên, nếu quý vị muốn đơn được cứu xét, xin đánh dấu vào ô **KHÔNG CHẮC**. Nếu quý vị ghi vào ô **KHÔNG** hoặc ô **KHÔNG CHẮC**, xin điền phần còn lại của đơn này.



XIN ĐÙNG ĐIỀN. ĐÂY KHÔNG PHẢI LÀ ĐƠN XIN PHỤ CẤP.

4. Xin ghi số tiền có trong các trương mục ngân hàng, các đầu tư hoặc hiện kim của quý vị, của người phổi ngẫu (nếu có kết hôn và sống chung) hoặc của cả hai người trong các ô vuông dưới đây. Kể cả các tài sản mà quý vị đứng tên với người khác. (Chỉ ghi số tiền hiện đang có, chứ không phải là số trương mục). Nếu quý vị và người phổi ngẫu (nếu có kết hôn và sống chung) không có quyền sở hữu tài sản đã liệt kê, dù đứng tên riêng hay cùng đứng tên chung hoặc với người khác, xin đánh dấu vào ô **KHÔNG CÓ**.

<ul style="list-style-type: none"> Các trương mục ngân hàng (ngân phiếu, tiết kiệm savings và tiết kiệm dài hạn CD) Các cổ phiếu, các khế ước, các phiếu tiết kiệm, các công trái phiếu, các quỹ hưu trí cá nhân IRA hay các đầu tư tương tự khác Mọi hiện kim hay tiền mặt khác giữ tại nhà hoặc ở nơi nào khác 	<input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ	\$
	<input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ	\$
	<input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ	\$

5. Quý vị (hoặc người phổi ngẫu, nếu có kết hôn và sống chung) đứng tên làm chủ các hợp đồng bảo hiểm nhân thọ với tổng giá trị hiện kim là \$1,500 hoặc hơn hay không? Xin trả lời cho quý vị và cho người phổi ngẫu nếu người phổi ngẫu sống chung với quý vị. Nếu quý vị trả lời **KHÔNG** cho cả hai, quý vị và người phổi ngẫu, xin tiếp qua câu hỏi số 6.

QUÝ VỊ: **CÓ** **KHÔNG**
NGƯỜI PHỐI NGẦU (nếu sống chung): **CÓ** **KHÔNG**

Nếu câu trả lời cho cả hai, quý vị và người phổi ngẫu là **CÓ**, quý vị sẽ nhận được bao nhiêu tiền mặt nếu quý vị trao trả lại hợp đồng bảo hiểm ngay bây giờ? (Đây không phải là giá trị hợp đồng của quý vị. Quý vị có thể liên lạc với hãng bảo hiểm để được hướng dẫn trả lời câu hỏi này.) Xin ghi số tiền vào đây.

\$

6. Quý vị có tính sử dụng số tiền từ các nguồn tài sản như đã liệt kê trong các câu hỏi 4 hay 5 để chi các phí tổn cho mai táng hay huyệt chôn cất cho quý vị) hay không? (hoặc người phổi ngẫu, nếu có kết hôn và sống chung)

QUÝ VỊ: **CÓ** **KHÔNG**
NGƯỜI PHỐI NGẦU (nếu sống chung): **CÓ** **KHÔNG**

7. Ngoại trừ căn nhà của quý vị và bất động sản cho căn nhà đó, quý vị (hoặc người phổi ngẫu, nếu có kết hôn và sống chung) có làm chủ một bất động sản nào khác hay không?

CÓ **KHÔNG**



XIN ĐỪNG ĐIỀN. ĐÂY KHÔNG PHẢI LÀ ĐƠN XIN PHỤ CẤP.

- 8.** Tình trạng sinh sống của quý vị có thể ảnh hưởng đến số tiền phụ cấp mà quý vị có thể nhận được. Do đó, chúng tôi cần biết có bao nhiêu thân nhân sống chung trong gia đình với quý vị, (cả người phối ngẫu, nếu có kết hôn và sống chung) lệ thuộc vào quý vị và người phối ngẫu của quý vị để cung cấp ít nhất phân nửa số tiền trợ giúp tài chánh cho họ. Những thân nhân gồm có những người nào liên hệ với quý vị bằng huyết thống, hôn nhân hoặc thủ tục bảo lãnh con nuôi.

Có bao nhiêu thân nhân sống chung với quý vị và người phối ngẫu của quý vị lệ thuộc vào quý vị hoặc người phối ngẫu để cung cấp ít nhất phân nửa số tiền hỗ trợ tài chánh cho họ? **Không tính quý vị hoặc người phối ngẫu trong số này.** (Xin đánh dấu thập vào một ô mà thôi.)



- 9.** Nếu quý vị (hay người phối ngẫu, nếu có kết hôn và sống chung) nhận lợi tức từ bất cứ nơi nào liệt kê dưới đây, xin ghi vào **tổng số lợi tức hàng tháng**. Nếu số tiền thay đổi theo từng tháng, xin ghi vào mức lợi tức trung bình hàng tháng trong năm qua cho mỗi loại vào ô thích hợp. Xin đừng ghi lương bổng và lợi tức từ cơ sở thương mại riêng, tiền lời, trợ cấp xã hội, tiền bồi hoàn y tế hoặc tiền trả nuôi dưỡng con nhỏ hay người già yếu và bệnh tật. Nếu quý vị hoặc người phối ngẫu không nhận lợi tức từ bất cứ nơi nào như ghi dưới đây, xin đánh dấu vào ô **KHÔNG CÓ**.

<ul style="list-style-type: none"> ● Trợ cấp An Sinh Xã Hội ● Hữu bổng cho nhân viên ngành hỏa xa ● Trợ cấp cho các cựu chiến binh ● Các hữu bổng khác hay các tiền trợ cấp hàng năm khác (Không kể số tiền quý vị nhận từ các nơi mà quý vị đã ghi trong câu hỏi số 4.) ● Lợi tức khác chưa được liệt kê ở trên, gồm có tiền cấp dưỡng cho người phối ngẫu, thực chi từ lợi tức cho thuê nhà, tiền bồi thường lao động (xin ghi rõ): _____ 	Chúng tôi sẽ sử dụng số tiền trong hồ sơ của chúng tôi.	<input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ	\$ <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ	\$ <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ	\$ <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ	\$ <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>

- 10.** Có các khoản tiền nào mà quý vị đã kê khai trong câu hỏi số 9 bị sụt giảm trong hai năm qua hay không?

CÓ **KHÔNG**

- 11.** Có người nào cung cấp hoặc giúp đỡ quý vị (hay người phối ngẫu, nếu có kết hôn và sống chung), chi phí cho các phí tổn trong gia đình sau đây hay không - thực phẩm, tiền nhà trả góp, tiền mướn nhà, dầu hôi hay ga đốt sưởi, điện, nước và thuế đất? (Không kể phiếu thực phẩm, tiền sửa nhà, trợ cấp của cơ quan cung cấp nhà ở, chương trình giúp đỡ điện năng, Thức Ăn Giao Tận Nhà, hoặc giúp đỡ việc điều trị và các dược phẩm)

CÓ **KHÔNG**

Nếu quý vị đánh dấu vào ô **CÓ**, xin ghi vào số tiền hàng tháng, hoặc nếu số tiền thay đổi từng tháng, xin ghi vào số tiền trung bình hàng tháng trong năm qua.

\$, .



XIN ĐỪNG ĐIỀN. ĐÂY KHÔNG PHẢI LÀ ĐƠN XIN PHỤ CẤP.

- Nếu quý vị độc thân, ly dị, ly thân hoặc góa và không làm việc trong hai năm qua, xin bỏ câu hỏi từ số 12 đến số 16 và tiếp qua trang 6.
 - Nếu quý vị có kết hôn và sống chung với người phối ngẫu và không ai làm việc trong hai năm qua, xin bỏ câu hỏi từ số 12 đến số 16 và tiếp qua trang 6.

12. Quý vị mong lãnh lương được bao nhiêu trong **năm nay**, trước khi trừ thuế?

QUÝ VIỆT: KHÔNG CÓ \$, .

NGƯỜI PHỐI NGẦU (nếu sống chung): KHÔNG CÓ

13. Nếu có cơ sở thương mại riêng, quý vị tính thực chi về lợi tức hoặc bi lỗ vốn bao nhiêu trong **năm nay?**

QUÝ VI: KHÔNG CÓ \$, .

NGƯỜI PHỐI NGẦU (nếu sống chung): KHÔNG CÓ \$, , .

Xin ghi dấu thập nơi đây nếu quý vị hoặc người phối ngẫu dự tính sẽ bị lỗ vốn.

QUÝ VI: NGƯỜI PHỐI NGẦU (nếu sống chung):

14. Số tiền quý vị kê khai trong câu hỏi số 12 hoặc số 13 có bị sút giảm trong hai năm qua hay không?

CÓ KHÔNG

15. Nếu quý vị (hoặc người phái ngẫu có kết hôn và sống chung) mới nghỉ làm gần đây hoặc dự trù nghỉ việc, xin ghi vào tháng và năm nghỉ việc.

★ THÍ ĐU

Từ tháng Giêng đến tháng
Chín, ghi số 0 trong ô đầu.
Tháng Năm, 2006 sẽ ghi
là:

0 | 5 - 2 | 0 | 0 | 6
THÁNG NĂM

QUÝ VIỆT

THÁNG

20

NĂM

20

NGƯỜI PHỐI NGẦU:

(nếu sống chung) THÁNG NĂM

- Nếu quý độc thân, ly dị, ly thân hoặc góa và tuổi từ 65 trở lên, xin bỏ câu hỏi số 16 và tiếp qua trang 6.
- Nếu quý vị có kết hôn và sống chung với người phối ngẫu và cả hai tuổi từ 65 trở lên, xin bỏ câu hỏi số 16 và tiếp qua trang 6.

16. Quý vị (hay người phối ngẫu, nếu có kết hôn và sống chung) phải chi phí cho những vật dụng nhằm nâng đỡ quý vị làm việc hay không? Chúng tôi sẽ chỉ tính một phần lợi tức của quý vị vào lợi tức theo quy định nếu quý vị làm việc và nhận trợ cấp An Sinh Xã Hội vì bệnh tật hay mù lòa và quý vị có các khoản chi tiêu liên quan đến việc làm mà không được bồi hoàn. Thí dụ cho những chi phí như: phí tổn cho việc điều trị và thuốc thang cho bệnh AIDS, ung thư, trầm cảm, hay chứng kinh phong, ngồi xe lăn; các việc phục vụ cá nhân; biến đổi phương tiện chuyên chở, phụ giúp lái xe hay các nhu cầu chuyên chở đặc biệt khác liên quan đến việc làm; kỹ thuật giúp đỡ liên quan đến việc làm, các chi phí về chó chuyên dẫn đường cho người mù; các phương tiện trợ giúp cho giác quan và thi giác; và các bản dịch bằng chữ nổi Bray dành cho người mù.

QUÝ VI: CÓ KHÔNG NGƯỜI PHỐI NGẦU (nếu sống chung): CO KHÔNG



XIN ĐÙNG ĐIỀN. ĐÂY KHÔNG PHẢI LÀ ĐƠN XIN PHỤ CẤP.

Chữ Ký

Tôi/chúng tôi hiểu là khi nộp đơn xin trợ cấp này, chiếu theo hình phạt về tội ngụy chứng, tôi/chúng tôi xin khai là tôi/chúng tôi đã xem xét tất cả thông tin trên mẫu đơn này và đó là sự thật đúng theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi/chúng tôi. Tôi/chúng tôi hiểu rõ là người nào cố ý khai gian dối hay sai lạc về một sự việc xác đáng trong thông tin này, hay khiến người khác làm như vậy, đều phạm trọng tội và có thể bị vào tù hoặc chịu hình phạt khác hoặc cả hai. Tôi/chúng tôi hiểu rằng Sở An Sinh Xã Hội (SSA) sẽ kiểm lại các lời khai báo của tôi/chúng tôi và so sánh với hồ sơ của các cơ quan chánh phủ Liên Bang, Tiểu Bang và địa phương, kể cả Sở Thuế Vụ để bảo đảm mọi quyết định được chính xác. Khi nộp đơn này, tôi/chúng tôi cho phép SSA thu thập và tiết lộ thông tin liên quan đến lợi tức, các tài sản và cửa cải của tôi/chúng tôi, ở ngoại quốc và quốc nội, phù hợp với các luật pháp hiện hành về việc riêng tư. Thông tin này có thể gồm có, nhưng không giới hạn, dữ kiện về lương bổng, sổ sách trương mục ngân hàng, các đầu tư, các hợp đồng bảo hiểm, các trợ cấp và các ưu đãi của tôi/chúng tôi. **Xin điền Đoạn A. Nếu quý vị không thể ký tên, một đại diện có thể ký thay cho quý vị. Nếu có người nào khác giúp quý vị, xin nhớ điền vào Đoạn B.**

ĐOẠN A

Chữ ký của quý vị:	Người phổi ngẫu của quý vị:	Số điện thoại:
		() - -
Địa chỉ nhà của quý vị:		Số căn:
Thành phố:	Tiểu bang:	Số vùng:
Địa chỉ gởi thư (Nếu khác hơn địa chỉ nhà):		Số căn:
Thành phố:	Tiểu bang:	Số vùng

Nếu quý vị mới đổi địa chỉ, xin ghi dấu nơi đây:

Nếu quý vị muốn chúng tôi liên lạc với người nào khác khi chúng tôi có thêm các câu hỏi cần bồi túc, xin cung cấp tên và số điện thoại liên lạc ban ngày của người đó.

Viết tên bằng chữ in:	Viết họ bằng chữ in:	Số điện thoại: () - -
-----------------------	----------------------	---------------------------------

ĐOẠN B

Nếu quý vị giúp đỡ người khác, xin ghi dấu thập vào ô cho biết quý vị là ai và cho số điện thoại ban ngày cùng địa chỉ của quý vị.

<input checked="" type="checkbox"/> Thân nhân	<input checked="" type="checkbox"/> Luật sư	<input checked="" type="checkbox"/> Người biện hộ khác	<input checked="" type="checkbox"/> Người khác Xin ghi rõ: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Bạn bè	<input checked="" type="checkbox"/> Cơ quan	<input checked="" type="checkbox"/> Nhân viên xã hội	_____

Viết tên bằng chữ in:	Viết họ bằng chữ in:	Số điện thoại: () - -
Tên đường:		Số căn:
Thành phố:		Tiểu bang:
		Số vùng:



XIN ĐÙNG ĐIỀN. ĐÂY KHÔNG PHẢI LÀ ĐƠN XIN PHỤ CẤP.

Đạo Luật Bảo Mật Tin Tức Cá Nhân/Tiết Giảm Thủ Tục Giấy Tờ

Đoạn 1860 D-14 của *Đạo Luật An Sinh Xã Hội* cho phép thu thập các thông tin cần thiết trên mẫu đơn này. Thông tin do quý vị cung cấp sẽ được sử dụng để giúp Sở An Sinh Xã Hội xác định xem quý vị có hội đủ điều kiện hay không để được giúp đỡ phần phí tổn cho các chi phí theo chương trình mua Thuốc Theo Toa của Medicare. Quý vị không cần phải cung cấp thông tin như đã được yêu cầu. Tuy nhiên, nếu quý vị không cung cấp thông tin, chúng tôi sẽ không thể cứu xét đơn xin trợ cấp của quý vị được chính xác và đúng thời hạn. Chúng tôi có thể cung cấp thông tin thu thập được trên mẫu đơn này cho một cơ quan khác thuộc chánh phủ Liên Bang, Tiểu Bang, hoặc địa phương để giúp chúng tôi ấn định tiêu chuẩn của quý vị để được phụ cấp thêm hoặc nếu Luật Liên Bang đòi hỏi phải tiết lộ thông tin.

Chúng tôi cũng có thể sử dụng thông tin do quý vị cung cấp cho chúng tôi khi đối chiếu các hồ sơ bằng máy điện toán. Chương trình đối chiếu hồ sơ của chúng tôi với hồ sơ của các cơ quan khác thuộc chánh phủ Liên Bang, Tiểu Bang, hoặc địa phương. Nhiều cơ quan có thể sử dụng các chương trình đối chiếu để xác định xem một người có hội đủ các điều kiện để được hưởng các quyền lợi do chánh phủ Liên Bang chi trả hay không. Luật pháp cũng cho phép chúng tôi thực hiện điều này cho dù quý vị có đồng ý hay không. Các giải thích về việc này và các lý do khác vì sao thông tin do quý vị cung cấp cho chúng tôi có thể được sử dụng hay tiết lộ ra ngoài, đều có sẵn tại các văn phòng phụ trách An Sinh Xã Hội. Nếu quý vị muốn tìm hiểu thêm về việc này, xin liên lạc với bất cứ văn phòng An Sinh Xã Hội nào.

Xác nhận về Đạo Luật Tiết Giảm Thủ Tục Giấy Tờ - Việc thu thập thông tin này đáp ứng các yêu cầu của 44 U.S.C., đoạn văn 3507, như đã được tu chỉnh bởi điều khoản 2 của Đạo Luật Tiết Giảm Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995. Quý vị không cần phải trả lời các câu hỏi này trừ khi chúng tôi trưng ra một mã số kiểm soát có hiệu lực của Văn Phòng Điều Hành và Ngân Sách. Chúng tôi ước tính quý vị sẽ mất khoảng 35 phút để đọc bản chỉ dẫn này, thu thập sự kiện, và trả lời các câu hỏi. Quý vị có thể gởi ý kiến phê bình về thời gian ước tính nói trên của chúng tôi về: Social Security Administration, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401. **Xin chỉ gởi ý kiến liên quan đến việc ước tính thời gian của chúng tôi đến địa chỉ này, đừng gởi mẫu đơn đã điền.**

XIN GỎI MẪU ĐƠN ĐÃ HOÀN TẤT ĐẾN CHÚNG TÔI THEO ĐỊA CHỈ ĐÃ GHI SẴN TRÊN PHONG BÌ KÈM THEO ĐÂY:

**Social Security Administration
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1020
Wilkes-Barre, PA 18767-9910**